

診断書



チューリッヒ保険会社 御中

傷病者	氏名	男・女	カルテNo.																														
	住所	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> その他()																															
		職業	<input type="checkbox"/> 有職() <input type="checkbox"/> 無職																														
初診日	年 月 日	生年月日	年 月 日生()才																														
受傷状態	患者が主訴した受傷経緯や症状など、できるだけ詳細にご記入ください。																																
傷病名 診断名	主たる発症原因： <input type="checkbox"/> 外因による怪我・外傷・及び外傷の合併症 <input type="checkbox"/> 内因的な疾患 <input type="checkbox"/> 既往症・既存障害の増悪・再発 <input type="checkbox"/> 他()																																
骨折の場合	骨粗鬆症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	骨密度/骨塩量 (YAM値)	%	陳旧性骨折/骨折の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()																											
初診から現在までの症状・治療経過、及び医学的所見 画像・その他の検査所見および神経学的/理学的/神経心理学的所見など																																	
※前医： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関名)																																	
手術 ドレナージを実施している場合もご記入ください。	年 月 日	手術名：	(K・J -)																														
	年 月 日	手術名：	(K・J -)																														
	年 月 日	手術名：	(K・J -)																														
ギプス 外固定等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種類・名称		固定した関節及び固定範囲			医学的に固定・装着・使用を指示した期間																											
						年 月 日～ 年 月 日																											
脊柱の固定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 体幹ギプス <input type="checkbox"/> 硬性・半硬性コルセット		<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎			年 月 日～ 年 月 日																											
	<input type="checkbox"/> 軟性コルセット <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> その他 ()																														
既往症等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」にチェックをされた方は、右欄をご記入ください。	病名/診断名																																
	医療機関名 <input type="checkbox"/> 自院 <input type="checkbox"/> 他院 → 名称：		治療期間 年 月 日～ 年 月 日																														
	転 帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 ()																																
今回の傷病治療への上記疾患の影響程度 ※既往症などが影響し入院期間が明らかに長期化したと医学的に認められる場合																																	
<input type="checkbox"/> 影響有り → 外傷/怪我のみに相当する入院期間 年 月 日～ 年 月 日まで または 日程度																																	
<input type="checkbox"/> 影響無し ※外傷/怪我のみの入院期間として相当と考えられる期間をご記入ください。																																	
入院	① ()日間 (うち外泊日数 日)	後遺障害 残存見込																															
	年 月 日～ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																															
通院	② ()日間 (うち治療実日数 日)	内容をご記入ください。																															
	年 月 日～ 年 月 日	※脳・脊髄等による神経障害の場合は裏面にて現況をご評価ください。																															
実際に通院治療を受けた日に○印をつけてください。																																	
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日
転 帰	年 月 日現在		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 転医【転医先】																														

上記の通り診断いたします。 所在地 TEL - -

年 月 日 病院名

医師氏名



脳・脊髄損傷等 神経障害についての所見(現況)

起因部位	<input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 脊髄(損傷高位:) <input type="checkbox"/> 末梢神経(損傷部位:) <input type="checkbox"/> その他()			
意識障害の現況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> JCS(-) <input type="checkbox"/> GCS(E: V: M: 合計: 点) <input type="checkbox"/> その他()			
身体性機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 完全 <input type="checkbox"/> 不全 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 片麻痺(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 単麻痺(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 - <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢) <input type="checkbox"/> その他()	
	麻痺の性状	<input type="checkbox"/> 弛緩性 <input type="checkbox"/> 痙性 <input type="checkbox"/> 不随意運動性 <input type="checkbox"/> その他()		
	麻痺の程度			感覚・知覚障害等
	右上肢	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 強度 <input type="checkbox"/> 軽度
	左上肢	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 強度 <input type="checkbox"/> 軽度
	右下肢	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 強度 <input type="checkbox"/> 軽度
	左下肢	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 軽微 <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 強度 <input type="checkbox"/> 軽度
体幹	座位保持(<input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 困難)・起立位保持(<input type="checkbox"/> 不能 <input type="checkbox"/> 困難)			<input type="checkbox"/> 強度 <input type="checkbox"/> 軽度
神経因性膀胱・直腸障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 便失禁 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> その他()			
その他内臓器の障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	障害される内臓器の機能等			
他の身体状況	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器の装着 <input type="checkbox"/> 胃瘻の造設 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻の造設 <input type="checkbox"/> 人工肛門の造設			
高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	能力別の喪失程度			
	意思疎通能力	<input type="checkbox"/> 僅か <input type="checkbox"/> 多少 <input type="checkbox"/> 相当程度 <input type="checkbox"/> 半分程度 <input type="checkbox"/> 大部分 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> その他()		
	問題解決能力	<input type="checkbox"/> 僅か <input type="checkbox"/> 多少 <input type="checkbox"/> 相当程度 <input type="checkbox"/> 半分程度 <input type="checkbox"/> 大部分 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> その他()		
	持久力・持続力	<input type="checkbox"/> 僅か <input type="checkbox"/> 多少 <input type="checkbox"/> 相当程度 <input type="checkbox"/> 半分程度 <input type="checkbox"/> 大部分 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> その他()		
社会行動能力	<input type="checkbox"/> 僅か <input type="checkbox"/> 多少 <input type="checkbox"/> 相当程度 <input type="checkbox"/> 半分程度 <input type="checkbox"/> 大部分 <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> その他()			
※ 認知障害の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(原因疾患:)			
介護・介助の要否 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護動作	<input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 排便・排尿 <input type="checkbox"/> 更衣・整容 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 外出 <input type="checkbox"/> 買物		
	ADL評価	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 修正自立(装具・自助具下での) <input type="checkbox"/> 要監視 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	補装具の使用	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他()		
補足	要介護認定	受傷前	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ) <input type="checkbox"/> 不明	
		今回の受傷後	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> Ⅰ <input type="checkbox"/> Ⅱ <input type="checkbox"/> Ⅲ <input type="checkbox"/> Ⅳ <input type="checkbox"/> Ⅴ) <input type="checkbox"/> 不明・未定	
	身体障害認定	受傷前	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 級()の障害 <input type="checkbox"/> 不明	
		今回の受傷後	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 級()の障害 <input type="checkbox"/> 不明・未定	